

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Zenon MITSINKIDES

HÉMATURIES GRAVES
PAR HYDRONÉPHROSE

Président : M. P. DUVAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
45, rue Racine, 45

1921

19

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Zenon MITSINKIDES

HÉMATURIES GRAVES

PAR HYDRONÉPHROSE

Président : M. P. DUVAL, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIER
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale
à la Faculté de Médecine

AVANT-PROPOS

C'est à la fois pour nous un devoir et une douce satisfaction, au moment où nous voyons nos études médicales terminées, de témoigner notre reconnaissance à tous nos maîtres des Hôpitaux qui ont bien voulu nous faire profiter de leur expérience et nous aider de leurs enseignements.

Nous remercierons d'abord M. le D^r Tuffier qui, au début de nos études, nous a initié à la petite chirurgie et M. le D^r Achard qui nous enseigna les premiers éléments du diagnostic médical.

M. le D^r Lesné voulut bien nous accueillir dans son service ; nous le remercions vivement de son enseignement clinique et de ses bonnes leçons.

M. le D^r Marion, après nous avoir fait l'honneur de nous accepter comme interne bénévole dans son service, nous a initié à la clinique des voies urinaires et à toutes les interventions de pratique courante. C'est à lui que nous devons les observations nécessaires à l'édification de ce travail.

M. le D^r Couveler nous a révélé l'art des accouchements et nous nous souviendrons toujours avec reconnaissance de ses bonnes leçons.

Nous n'avons pu connaître que trop rapidement MM. les D^{rs} Ramond et Schwartz. Qu'ils veuillent bien agréer ici l'expression de notre respectueux dévouement.

M. le Professeur Pierre Duval a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; nous le prions d'agréer ici l'hommage de notre bien vive reconnaissance.

HÉMATURIES GRAVES

PAR HYDRONÉPHROSE

INTRODUCTION

Il existe des hémorragies rénales abondantes, dangereuses même fournies par un seul rein et que n'explique jusqu'à nouvel ordre aucune lésion connue.

BROCA, 1894.

L'exploration rénale la mieux faite même lorsque le rein est fendu jusqu'au bassinet, peut méconnaître des lésions même grossières.

ALBARRAN, 1898.

Si en présence d'une hématurie rénale unilatérale grave et abondante on trouve une lésion nette, une lithiasé, une tuberculose, une néoplasie, l'étiologie de l'hématurie est reconnue et traitée en conséquence. Mais en l'absence d'une des lésions énumérées, le cas devient plus embarrassant et le diagnostic d'une néphrite ou d'une hématurie essentielle est alors posé.

Aujourd'hui des observations récentes nous permettent de démontrer qu'il existe, en dehors de toute lésion tuberculeuse, néoplasique ou calculeuse, d'autres lésions de l'appareil rénal capables de pro-

duire des hématuries, ces lésions sont dues à l'hydronéphrose.

« Hématuries rénales graves par hydronéphrose » voilà le sujet qui servira de base à ce modeste travail.

L'idée d'étudier ces hématuries graves par hydronéphrose nous fut donnée par notre maître M. le professeur agrégé Marion à qui nous sommes heureux d'exprimer notre sincère et profonde gratitude ; il nous a accueilli avec une grande bienveillance dans son service des voies urinaires, il nous a inspiré ce travail et il nous a guidé dans son exécution ; qu'il soit persuadé que nous conserverons toujours précieusement le souvenir de ses conseils aussi bienveillants qu'éclairés.

HISTORIQUE

Depuis assez longtemps la question des hématuries rénales sans lésion décelable a donné lieu à de nombreux travaux sans que l'accord fut réalisé sur leur pathogénie.

M. Rayer (1), à ces hématuries qui ne peuvent être rattachées ni à une lésion de l'appareil urinaire ni à une maladie déterminée donna le nom d'hématurie essentielle et expliqua ces hématuries par hémophilie ou par une action du système nerveux.

M. Albarran (2) dans une leçon sur les hématuries, nia l'existence de ces hématuries essentielles en disant que l'hématurie sans lésion du rein n'existe pas et invoqua pour cause dans la pathogénie de ces hématuries la congestion rénale.

A cette conception se sont ralliés MM. Malherbe, Guyon, Pousson, Legueu ainsi qu'un grand nombre d'auteurs étrangers : Israël, Naunyn, etc. (3).

Mais à côté de cette conception naquit une théorie nouvelle faisant jouer à l'hydronéphrose un rôle important dans la pathogénie de certaines hématuries.

1. *Traité des maladies des reins*. Paris, 1841.

2. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1898.

3. Quatrième session de l'Association française d'urologie.

Dans ses recherches expérimentales sur la pathogénie des hydronéphroses, M. Albarran disait : « J'ai vu que la ligature aseptique de l'uretère détermine, avec la stagnation d'urine dans le rein, une congestion du parenchyme rénal qui aboutit à l'hémorragie. Je ne saurais vous dire jusqu'à quel point la rétention d'urine dans le bassinet joue un rôle dans quelques-unes de ces hématuries du rein mobile, mais je tiens encore à vous signaler des observations d'hydronéphrose avec hématurie et on peut dès aujourd'hui signaler parmi les causes variées des hématuries unilatérales du rein l'hydronéphrose. »

Les premières observations sur l'existence de ces hématuries furent signalées par MM. Terrier et Baudouin (1) qui rapportèrent quatre observations d'hématurie par hydronéphrose.

Depuis, d'autres observations sont signalées par Anderson Lauenstein, Albarran (six observations) Bleek (2), Legueu (3).

Sur l'existence de ces hématuries les opinions de différents urologues sont aussi concluantes :

M. Bazy, dans l'*Encyclopédie Française d'Urologie* écrit : « L'hématurie dans l'hydronéphrose est en général peu abondante, on ne voit pas en général des caillots dans les urines, le liquide est rouge, en général plutôt rosé, quelquefois brun. Cette héma-

1. *De l'Hydronéphrose intermittente*. Paris, 1891.

2. *Beitr. z. Klin. chir.*, 1909, t. XI, 398.

3. *Bulletin et Mémoires Société de Chirurgie*. Paris, 1904.

turie peut se prolonger pendant trois ou quatre jours, atteignant son maximum dans les premières vingt-quatre heures, puis s'atténuant peu à peu et disparaissant.

Pour M. Legueu (1), l'hématurie par hydronéphrose est rare, mais elle peut s'observer même pendant la crise, plus souvent elle se produit après, mais M. Legueu dans son étude sur la lithiase rénale écrit : « dans l'hydronéphrose l'hématurie est parfois abondante et elle a tous les caractères de l'hématurie néoplasique. »

M. Israël :

« A la suite d'une crise d'hydronéphrose le malade a rendu des urines brun rougeâtre. On constate également parfois des hématuries à répétition assez abondantes. »

M. Pousson (2) :

« L'hydronéphrose donne exceptionnellement lieu à l'hématurie », et il ajoute : « et les autres signes et symptômes qui l'accompagnent sont suffisamment caractéristiques pour ne pas laisser longtemps le diagnostic en suspens. »

De toutes ces observations et opinions on conclut à l'existence de petites hématuries par hydronéphrose sans danger grave chez les malades. Justement dans une observation de M. Legueu qu'on va lire plus loin, la malade a été opérée non pour des hématuries légères mais pour des douleurs produites proba-

1. *Traité chirurgical d'Urologie*, 1921.

2. *Encyclopédie Française d'Urologie*.

blement par un calcul ; l'intervention montra l'existence d'une hydronéphrose ; mais en dehors de ces petites hématuries, il en existe d'autres plus graves, abondantes et prolongées avec des accidents qui peuvent être graves et en rapport avec une hydronéphrose.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (de M. le Dr Marion)

Depuis de longues années Mme R... a souffert dans la région rénale droite et s'est trouvée dans l'impossibilité de se livrer à un travail fatigant (marche prolongée). Au mois d'avril 1919 elle fut prise d'une hématurie abondante durant un jour et une nuit ; à ce moment M. le Dr Lesné fut appelé auprès de la malade et il constata que le rein droit est notablement abaissé et augmenté de volume ; il conseilla le repos et le port d'une ceinture. Au mois d'août de la même année, nouvelle hématurie plus prolongée que la première ; pendant ce temps les mêmes douleurs continuent dont quelques-unes sont plus accentuées, obligeant la malade à garder le lit.

Au mois d'octobre nouvelle hématurie. M. le Dr Lesné me pria de venir voir la malade et on constata l'existence d'un rein abaissé très mobile et globuleux. Etant donnée l'existence des hématuries on aurait dû penser au développement d'un néoplasme du rein, mais vu la grande mobilité rénale, des douleurs existant depuis de longues années, de l'état général satisfaisant de la malade on conclut à un rein mobile avec manifestations hématuriques de temps en temps ; on conseilla repos et port d'une ceinture et on parla d'une intervention au cas où les hématuries se renouvelleraient.

La malade passe une année tranquille et ce n'est qu'en 1921 qu'une nouvelle hématurie reparait, de très courte durée.

Nous voyons à nouveau la malade et nous ne constatons aucune modification des reins; on conseille d'attendre les événements.

De nouvelles hématuries se produisent au mois de septembre. Au mois d'octobre je revois la malade et comme ses douleurs s'accroissaient nous avons pensé qu'une intervention proche était nécessaire. Mais comme les phénomènes douloureux n'avaient pas augmenté jusqu'au mois de janvier 1921, je ne suis appelé que le 19 janvier 1921 alors que la malade venait d'avoir une hématurie abondante datant déjà de quelques jours avec une persistance et une intensité plus grandes.

A l'examen on constata que le rein avait augmenté de volume et était devenu très douloureux; d'accord avec M. Lesné je proposai alors à la malade une opération chirurgicale.

Comme je prévoyais qu'il s'agissait d'une hydronéphrose j'ai envoyé la malade à la clinique de la rue de La Chaise et convoqué en même temps le radiographe M. le Dr Laborde de façon à faire une pyélographie après injection de liquide opaque dans le bassinet. L'exploration pratiquée démontra immédiatement qu'il s'agissait d'une hydronéphrose grave; à peine la sonde introduite dans le bassinet a commencé à couler une quantité d'environ 150 centimètres cubes d'urine. Cette urine fut recueillie pendant quelques minutes puis je fis conduire la malade à la salle de radiographie où j'ai injecté environ 80 centimètres cubes d'une solution de col-largol de 10 o/o dans le bassinet.

L'examen d'urine séparée a donné comme résultat :

<i>Rein droit</i>	<i>Rein gauche</i>
Nombreuses hématies.	Très rares leucocytes.
Quelques leucocytes.	Quelques hématies.
Quantité d'urine : 58 cmc. (évacuation de la poche).	Quantité urine.... 25 cmc.
Concentration urée. 4 gr.	Concentration urée. 13 gr.
Chlorure..... 4 gr. 09	Chlorure..... 12 gr.

D'autre part la radiographie démontra l'existence d'une très volumineuse hydronéphrose avec rein abaissé. L'opération fut pratiquée le 7 mars, elle consista dans l'ablation du rein qui était très dilaté et constituait une poche à parois très amincies contenant à peu près 250 à 300 grammes d'urine et sans aucune valeur fonctionnelle.

La cause de l'hydronéphrose était difficile à reconnaître ; il semble qu'il doit s'agir d'une coudure de la partie supérieure de l'uretère, coudure provoquée par la mobilité anormale du rein qui se trouvait en permanence au-dessous de fausses côtes atteignant la fosse iliaque.

Les suites de l'opération furent très simples : la malade a pu reprendre sa vie active.

OBSERVATION II (de M. le Dr Marion)

Madame F... de l'Uruguay est venue en France pour des hématuries abondantes qu'elle a présentées à plusieurs reprises depuis un an et demi environ. Elle a du reste consulté à Buenos-Ayres différents spécialistes qui après radiographie et exploration du rein n'ont pu donner un diagnostic précis.

Les hématuries que la malade présente sont des hématu-

ries spontanées et abondantes ressemblant absolument aux hématuries néoplasiques.

La malade d'ailleurs ne ressent aucune douleur ni colique; l'exploration rénale ne décèle pas d'augmentation de volume du rein ni d'un côté ni de l'autre.

Arrivée en France, elle consulta différents urologues qui restent aussi dans le doute et l'un d'eux, après avoir fait toutes les explorations, radiographie, cathétérisme lui dit cette parole : « qu'il s'agissait d'un calcul qu'on ne voyait « pas à la radiographie. »

A la fin de septembre la malade voit M. le Dr Heitz-Boyer qui recueille par la sonde au cours du cathétérisme une quantité d'urine supérieure à la normale; à ce moment il pensa qu'il s'agissait d'une hydronéphrose.

Après une injection de collargol dans le bassinet il radiographia la malade et très facilement constata l'existence du côté droit d'une hydronéphrose considérable.

M. Heitz-Boyer conseilla l'ablation du rein. C'est à ce moment que la malade vint me trouver pour avoir mon opinion sur le diagnostic et l'intervention en m'apportant une radiographie très nette montrant une dilatation considérable du bassinet et du rein passée inaperçue parce que toutes les opérations antérieures ont surpris le rein dans un moment de vacuité. J'ai confirmé le diagnostic de M. Heitz-Boyer, c'est-à-dire une hématurie par hydronéphrose et, étant donné le peu de valeur du rein, une seule chose était à conseiller : l'ablation.

OBSERVATION III (de M. le Dr Michon)

Avant que notre thèse soit achevée M. le Dr Michon a bien voulu nous communiquer une observation personnelle pour laquelle nous lui exprimons notre gratitude.

M. G..., âgé de vingt-quatre ans, entre le 29 octobre 1921 à l'hôpital pour hématuries dont le début remonte à huit mois, mais il avait déjà des troubles urinaires depuis deux ans. Crises d'oligurie durant un jour ou deux, suivies de débacle urinaire avec crise douloureuse dans tout le flanc droit ; douleurs sourdes et continues, jamais de crise de coliques néphrétiques.

La première hématurie remonte à huit mois ; cette hématurie est abondante, indolore totale, paraissant un peu influencée par la fatigue et les courses. Depuis cette époque les crises reviennent tous les mois au moins durant un jour et demi.

A l'examen du malade, lors de son entrée à l'hôpital, on ne constate pas d'irradiations de douleurs à la face interne de la cuisse ni au testicule ; les points urétéraux droits sensibles ; pas de phénomènes de cystite ; les urines sont claires.

8 novembre. — Crise douloureuse dans le flanc gauche avec vomissements biliaires abondants. Pas de fièvre ni de météorisme.

9 novembre. — Crise douloureuse dans le flanc droit. Douleur embrassant la convexité du flanc depuis l'angle costo-vertébral jusqu'au rebord de la dixième côte. Pas de points urétéraux douloureux, pas de fièvre.

L'extrémité inférieure du rein est palpable.

Le 21 novembre, une forte hématurie, abondante qui a duré un jour et demi.

Cathétérisme des uretères, séparation, urines.

I^{re} série en 1 heure

Rein droit	Vessie	Rein gauche
Volume en 1 heure.. 2 cc.	12 cc.	90 cc.
Urée par litre..... 3,78	Eau de lavage	16,74
Urée en 1 heure.... 0,0076		1,50

II^e série en 1 heure

Volume en 1 heure.. 9 cc.	Rien	104 cc.
Urée par litre..... 4,32		13,25
Urée en 1 heure.... 0,038		1,37

III^e série en 2 heures

Volume en 1 heure.. 4 cc.	Rien	138 cc.
Urée par litre..... 2,70		7,83
Urée en 1 heure.... 0,010		1,08

Le rein gauche seul a filtré le bleu.

Examen des urines :

Rein droit	Rein gauche
Nombreux polynucléaires non dégénérés ; cellules épithéliales très rares, microbes (grosses bactéries).	Nombreuses cellules. Pas de polynucléaires. Pas de microbes. Rein ayant filtré le bleu. Pas de bacilles de Koch.
Rein n'ayant pas filtré le bleu.	

Opération le 23 novembre 1921.

Crises douloureuses avec hématuries dues à une hydronéphrose. Néphrectomie droite. Rein très atrophié. La poche pyélique est très nettement distincte extra-rénale, la décorti-

cation en est très difficile surtout au pôle supérieur. L'urètre est tout petit et conserve son calibre normal jusqu'à sa terminaison dans le bassinnet. Le rein ouvert on constate qu'il n'y a pas de calculs et que l'hydronéphrose est due à un cordon artériel qui passe immédiatement au niveau de son bassinnet.

OBSERVATION IV

(M. le professeur Le Dentu, 1906, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie.*)

Hydronéphrose partielle du rein gauche ayant donné lieu à des graves hématuries. J'ai donné des soins dans le courant de l'année 1906 à une jeune femme qui m'avait été adressée à l'Hôtel-Dieu pour des hématuries très graves qui l'avaient jetée dans un état d'anémie inquiétant. Vu l'absence des signes ordinaires de la lithiase rénale je diagnostiquai, sauf réserves, une néphrite chronique. Sans doute il y avait lieu de se méfier d'une néphrite tuberculeuse ou d'un néoplasme, mais le premier diagnostic me paraissait peu probable. Le rein gauche s'était un peu abaissé. L'examen cystoscopique confirma le diagnostic du siège de la lésion. L'intervention étant très indiquée j'y procédai après quelques jours d'observation et de soins préparatoires donnés à la malade. Une fois le rein mis à nu je reconnus que sa partie supérieure logée sous le diaphragme avait un volume exagéré et présentait plusieurs bosselures. Je fendis le rein jusqu'au bassinnet exclusivement et je reconnus que les bosselures correspondaient les unes aux autres et qu'elles ne semblaient pas communiquer avec le bassinnet. En tout cas, si la communication

existait, je n'ai pas pu la découvrir. Les poches contenaient un liquide séreux louche mais non purulent.

Il s'agissait donc d'une hydronéphrose partielle développée dans le tiers supérieur du rein, je n'ai malheureusement pas pu établir d'une façon précise la pathologie de ce cas très spécial. J'ai réséqué toute la partie de l'organe développée en poches multiples, en respectant le bassin et j'ai fait la suture totale du moignon rénal.

OBSERVATION V

(M. le Dr Marsan, assistant de M. le Dr Leguen, hôpital Necker.)

M. V..., âgé de cinquante-huit ans, entre à l'hôpital Necker le 2 décembre 1920 pour des hématuries. A l'âge de dix-huit ans, il a eu des crises de coliques néphrétiques dans la région lombaire gauche ; ces crises ont duré cinq jours ; elles étaient accompagnées de rejets de sable. A l'âge de cinquante-cinq ans, hydrocèle ; hernie inguino-scrotale existant depuis deux ans. Il y a sept semaines le malade a commencé à avoir des urines rouges ; cette hématurie a duré quinze jours ; elle était totale et cessait spontanément. Depuis, le malade a commencé à ressentir une pesanteur dans la région lombaire avec douleurs constantes sans crises et sans irritation ; avec pollakiurie : le malade urine trois fois la nuit et normalement pendant la journée ; les fréquentes mixtions nocturnes sont peu abondantes mais se font normalement et sans douleur. Les urines sont troubles, mais il n'existe plus d'hématurie.

Examen. — Le malade vient à l'hôpital le 2 décembre ; on

constate une masse énorme occupant le flanc gauche et descendant au-devant de la crête iliaque ; cette masse prend le contact de la région lombaire ; elle est légèrement fluctuante et mate à la percussion. A cause d'un rétrécissement du méat on ne peut pas faire toutes les explorations nécessaires pour confirmer le diagnostic déjà posé d'hydronéphrose.

Opération. — Après l'incision lombaire classique on s'est trouvé en présence d'un sac énorme contenant au moins 2 litres de liquide urinaire. Une fois ce liquide évacué le rein formait un sac dont les parois n'avaient plus que l'épaisseur d'une feuille de papier et ne présentaient plus aucune trace de tissu rénal. La néphrectomie était ainsi posée. Les suites opératoires furent très satisfaisantes.

OBSERVATION VI (de M. le Dr Pousson)

(*Annales des maladies génito-urinaires*, 1910).

D..., quarante-six ans, charron, entre dans le service des voies urinaires le 20 mai 1908.

Père mort d'une affection cardiaque, mère a succombé très probablement à la tuberculose pulmonaire.

Deux blennorragies à vingt-quatre et à vingt-cinq ans guéries très rapidement sans complications. Depuis quelques années, le malade est sujet à s'enrhumer et on lui a prescrit à diverses reprises de l'huile de foie de morue. Cependant actuellement il paraît très bien portant et l'auscultation ne révèle aucune lésion du poumon. Il y a environ un an que cet homme s'est mis à uriner du sang par intermittence. Ces hématuries totales ne s'accompagnant d'aucune douleur de la mixtion surviennent sans cause et disparaissent de même.

Leur durée varie de huit à dix jours et elles sont séparées par des intervalles de quinze jours à trois semaines. A son entrée à l'hôpital, la palpation des deux régions rénales est absolument indolente et on ne perçoit le rein ni d'un côté ni de l'autre. L'exploration des deux uretères est négative. En pressant sur la vessie à l'hypogastre, on détermine une légère douleur. L'urètre est sain. La vessie se vide bien. Le matin même de son entrée les urines qui, depuis une huitaine de jours, étaient constamment sanguinolentes, sont exangues, très claires, sans le moindre dépôt. Leur quantité est normale : 1.400 cc. La cystoscopie montre les orifices urétéraux sains et l'urine qui sort des deux côtés est claire. La muqueuse vésicale est un peu congestionnée au niveau du bas-fond et on croit voir un petit papillome d'aspect réfringent implanté sur le côté droit en arrière et au-dessus du trigone. La séparation des urines faite le jour même donne :

	Rein gauche	Rein droit
Urée.....	8 gr. 80 par litre	11 gr. 85 par litre
Chlorure.....	13 gr. 15 —	13 gr. 15 —
Albumine	4 gr. —	5 gr. —

Dépôt rein gauche : grand nombre d'hématies, quelques leucocytes.

Dépôt rein droit : grand nombre d'hématies, quelques leucocytes avec cellules du bassinet, champignons mycéliens, nombreux colibacilles ; pas de bacilles de Koch. Dès le soir même de cet examen, l'hématurie se reproduit et dure cinq jours, disparaissant le matin même du jour où l'on se disposait à l'examiner au cystoscope pour voir le point de départ du saignement. Mais dès le surlendemain le sang reparait dans les urines et l'on voit très nettement l'urine sourdre de

l'orifice urétéral gauche, tandis que l'urine sortant de l'urètre droit est normale.

L'examen de l'urine globale donne :

Volume de 24 heures.....	1.450 cc.
Densité	1.014
Réaction	hypo-acide
Aspect.....	rouge louche
Sédiment	abondant
Urée.....	17 gr. 20 par litre
Chlorure.....	4 gr. 21
Acide phosphorique total...	0 gr. 80
Albumine.....	4 gr. 20

Urobiline acétone ; hémoglobine en grande quantité, très nombreuses hématies avec pus et cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et d'urate d'ammoniaque.

Opération. — Le 13 juin après chloroformisation, ouverture de la loge lombaire gauche et découverte rapide et aisée du rein, mais on a quelque difficulté à l'extérioriser en raison de la disposition des vaisseaux.

Il existe en effet en outre du pédicule vasculaire normal situé au niveau du hile un pédicule vasculaire supplémentaire composé d'une artère et d'une veine qui croisent la partie inférieure du bassinnet un peu au-dessus de l'embouchure de l'uretère qui plonge dans la corne inférieure du rein.

Lorsqu'on tire sur le rein pour l'extraire de sa loge ces vaisseaux *anormaux compriment le bassinnet*, mais il n'existe pas de sillon marqué indiquant la permanence de cette compression lorsque le rein est en place.

Le *bassinnet est très légèrement dilaté* au-dessus des vaisseaux mais il n'y a pas d'hydronéphrose proprement dite,

les vaisseaux anormaux semblent tenir sous leur dépendance, les hématuries sont sectionnées entre deux ligatures et tout aussitôt le rein est facilement amené à l'extérieur. Mais au cours des premières tentatives d'extraction la veine rénale du pédicule normal a été rompue et je suis obligé, pour arrêter l'hémorragie, de la lier circulairement après avoir essayé de la lier latéralement. Je pratique ensuite la néphrotomie qui ne me révèle rien d'anormal sur l'une ou l'autre tranche et, après avoir prélevé un fragment de parenchyme pour l'examen histologique et placé une sonde de Pezzer dans le bassinnet, je ferme le rein par trois ou quatre points de catgut.

Suites opératoires. — Dès le soir de l'opération la fièvre s'alluma et la température s'éleva à 39°2 en même temps que le pouls devint rapide et dépassa 110 pulsations. Cependant les urines rendues par l'uretère étaient à peine teintées et il ne s'écoulait par la plaie rénale qu'un liquide presque incolore.

Le quatrième jour la fièvre tomba mais à ce moment on constata qu'au lieu d'urine il s'écoulait par la plaie lombaire un liquide séreux roussâtre, exhalant une forte odeur de sphacèle.

Le treizième jour, le malade qui jusque-là a rendu des urines à peu près exemptes de sang, a une hématurie considérable qui dure toute la journée. A ce moment le malade pâle, les traits très tirés est dans un état de faiblesse extrême. La température est à 38°5 tous les soirs, le pouls est petit, fréquent, irrégulier ; la langue sèche, ni appétit, ni sommeil, subdélire.

La néphrectomie est pratiquée le 27 juin sans incident

opératoire, si ce n'est que pour abréger la durée de l'intervention on met une pince à demeure sur le pédicule.

Pendant quelques jours le malade est affaibli, cependant son état s'améliore peu à peu.

Le 15 juillet la plaie est cicatrisée et à la fin du mois le malade sort guéri.

Actuellement, deux ans et demi après l'opération, cet homme jouit de la meilleure santé et ses urines que présente leur composition physiologique renferment seulement de légères traces d'albumine.

Examen du rein enlevé.

Le rein enlevé, très légèrement augmenté de volume, mesure 14 centimètres sur 7 cm. 5 de large et 4 centimètres d'épaisseur, il pèse 200 grammes.

Le tiers inférieur présente une coloration noirâtre feuille morte. La consistance est molle et flasque. Son apparence est sphacélique. Les deux tiers supérieurs ont une coloration jaune rougeâtre orangée. Par places sa surface est recouverte de fausses membranes diphtéroïdes.

L'incision de la néphrectomie est cicatrisée, sauf au point où passait le drain. Entre le tiers inférieur sphacelé et le reste de l'organe existe un sillon d'élimination.

A la coupe le tiers inférieur présente un tissu ramolli, noirâtre, putrilagineux, et en complète décomposition à son extrémité inférieure. Dans les deux tiers supérieurs le tissu a sa consistance à peu près normale. La coloration est uniformément jaunâtre, sans distinction entre la couche corticale et médullaire.

Conclusions. — Bien que chez mon malade les vaisseaux anormaux (artère et veine) passassent en

écharpe au-devant de l'extrémité inférieure du bassin et que lorsqu'on tirait sur le rein pour l'extraire de sa loge ils comprimassent le bassin, il n'existait pas trace de sillon indiquant la permanence de cette compression lorsque le rein était en place et la très légère dilatation pyélique au-dessus d'eux ne pouvait vraiment pas être considérée comme une hydro-néphrose. *On pourrait toutefois admettre sans invraisemblance que sous l'influence de la petite rétention d'urine dans le bassin se propageant par le canalicule jusque dans l'intérieur du parenchyme, il s'est petit à petit développé une néphrite, point de départ des hémorragies.*

OBSERVATION VII

(M. le D^r Bérard, *Revue de Chirurgie*, 1912.)

Néphrectomie pour hématurie sans lésions décelables de tuberculose, de calculose ou de tumeur rénale

M. Bérard est intervenu le 6 février 1912 chez une femme de quarante-trois ans atteinte d'hématuries depuis cinq mois. L'hématurie venait du rein droit sans que l'examen local révélât une lésion appréciable de ce viscère. Par la néphrectomie on enleva un rein dont le bassin et les calices étaient un peu distendus, le parenchyme violacé par places.

Ce cas paraît de ce fait et faute d'explication meilleure devoir être étiqueté : néphrite hématurique ; chez la malade la néphrectomie était indiquée en raison de l'abondance de l'hémorragie.

Ces observations sont vraiment intéressantes car elles

nous montrent combien d'hématuries ont été déjà classées hématurie par néphrite, malgré les lésions apparentes du rein par des petites hydronéphroses. A ce propos l'observation suivante de M. le professeur Legueu est particulièrement instructive (1) :

« J'opérai à l'hôpital Necker au mois de février 1904 un homme de trente ans. Depuis quatre ans, il avait des crises de douleurs dans le rein gauche ; les crises présentaient le caractère des crises réno-urétérales, s'accompagnaient quelquefois d'hématuries et se produisaient volontiers sous l'influence de la fatigue et des mouvements, à tel point que M. Guyon qui avait examiné et suivi ce malade pensa à un calcul. A l'opération je trouvai une hydronéphrose de petit volume, une *dilatation très légère du bassin* » et M. Legueu ajoute : « ce qui fait l'hydronéphrose c'est beaucoup moins la quantité du liquide contenu ou retenu que la tension de ce liquide. Je sais que tous les bassinets n'ont pas la même capacité ; à l'égalité de douleur correspond non l'égalité du liquide, mais l'égalité de la tension et on ne peut pas, par exemple contester la réalité d'une petite rétention. »

Et à propos de la néphrite constatée dans les cas précédents nous pouvons ajouter comme le dit très justement M. Marion dans son *Traité d'Urologie* : certaines affections rénales : rein mobile, hydronéphrose, par la néphrite qu'elles provoquaient pouvait être la cause d'hémorragies.

1. *Bulletin et Mémoires Société de chirurgie*, 1904.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début de ces hématuries est souvent insidieux, marqué quelquefois par des crises antérieures de coliques néphrétiques avec décharges urinaires.

L'hématurie est le symptôme le plus caractéristique qui apparaît sans cause, l'état de la malade paraissant bon. Cette hématurie peut être si profuse et prolongée qu'elle met la vie du malade en danger sans aucun autre symptôme physique ou fonctionnel.

Volume du rein

Le rein est souvent un peu sensible à son pôle inférieur ou légèrement augmenté de volume.

Cystoscopie

La cystoscopie a une très grande importance pour localiser l'hématurie et préciser quel est le rein qui saigne, en même temps que pour faire connaître l'état de la vessie au point de vue ulcération d'origine bacillaire.

Cathétérisme urétéral

Ici le cathétérisme urétéral a une importance capitale pour diagnostiquer l'existence réelle de la cause de la lésion et c'est dans ce cas surtout que seront très utiles les différentes méthodes nouvelles que possède la chirurgie urinaire.

Par le cathétérisme nous allons nous rendre compte :

a) De l'existence de deux reins, point très important pour notre conduite ultérieure au point de vue opératoire.

b) La présence d'une rétention liquide dans le bassinet. En l'absence de toute autre lésion qui provoque l'hématurie on doit toujours répéter ce cathétérisme pour savoir si vraiment il y a une rétention dans le bassinet, car souvent on peut trouver le sac de celui-ci vide de tout liquide.

On doit faire de préférence cette seconde opération pendant une légère accalmie hématurique (Voir observations de MM. Marion et Heitz. Boyer).

c) La séparation des urines et leur examen au point de vue fonctionnel par l'examen histo-bactériologique.

d) Elle nous est utile pour une pyélographie par injection d'un liquide opaque.

Radiographie

Par la radiographie on peut se rendre compte de la dilatation du bassinet.

Il nous semble que par la nouvelle méthode de radiographie rénale par injection d'oxygène dans le tissu périrénal on peut avoir des indications très importantes sur l'état du bassinet.

Pronostic

Le pronostic est assez bon quand l'état fonctionnel de l'autre rein est suffisant.

Diagnostic

a) *Positif*. — Il se fera par une cystoscopie, un cathétérisme urétéral, par la radiographie et pyélographie après injection d'un liquide opaque.

b) *Différentiel*. — L'hématurie est rénale.

On peut le confondre avec la lithiase, mais cette hématurie est provoquée, elle disparaît sous l'influence du repos. « Le repos au lit, dit Guyon, agit le plus souvent avec une telle rapidité que la mixtion qui la suit n'est plus ou n'est que très peu colorée ; il doit quelquefois être un peu prolongé, mais il agit toujours. » Ces hématuries sont moins continues et abondantes.

Par la radiographie on se rendra compte de l'existence d'un calcul, mais à ce propos M. Guyon dit :

« L'élimination de cristaux dans l'intérieur des
« tubes sécréteurs du rein ne va pas sans blesser ces
« tubes. Les cristaux hérissés d'épines et de pointes
« sont particulièrement agressifs ».

M. Pousson (1) dit également au sujet de la lithiase rénale : « De tous les antécédents héréditaires ou personnels, l'analyse attentive des dépôts urinaux pendant une crise peut restreindre les chances d'erreur, quand par la radiographie on ne trouve point de calculs, car, dans les urines des calculeux, on trouve des quantités de cristaux d'oxalates qui, suivant la remarque de M. Péhu, au lieu d'offrir la forme géométrique en losange, présentent des configurations variées en sphères épineuses ou en clous.

On peut confondre l'hématurie par hydronéphrose avec celles de la tuberculose. Mais la tuberculose présente des hématuries spontanées précoces. L'examen des urines nous renseigne sur le taux d'élimination et de la concentration d'urée, par l'inoculation quand il est positif, par la présence des bacilles de Koch et du pus quelquefois.

Les hématuries de la tuberculose peuvent aussi être très abondantes et prolongées des semaines et des mois mettant la vie en danger comme dans les cas signalés par Czerny d'Habershorn, Marion et Tuffier (2). On peut la confondre également avec une tumeur du rein ou du bassin.

Tumeur du rein. — Son volume reste toujours fixe :

1. *Encyclopédie française d'Urologie.*

2. *Encyclopédie française d'Urologie.*

il est immobile, l'hématurie est intermittente et abondante ; l'état général assez cachectique. On retrouve aussi des cellules néoplastiques.

Tumeur du bassinet. — « Lorsque avec les symptômes de tumeur rénale on constate l'existence d'une hydronéphrose ou d'une hématonéphrose. Lorsqu'on recueille directement par le cathétérisme urétéral dans l'urine du bassinet les cellules de la tumeur on peut faire le diagnostic de tumeur du bassinet » (Albaran) (1).

Traitement

a) Dans les cas de destruction plus ou moins complète du parenchyme rénal, l'ablation du rein est indiquée, après nous être assuré de la capacité suffisante de l'autre rein.

b) Dans tous les autres cas on doit agir comme les hydronéphroses.

1. *Organ. génito-urinaires*, 1900.

CONCLUSIONS

1° Il existe de grandes hématuries unilatérales dues à une hydronéphrose ;

2° De très petites rétentions dans le bassinet peuvent aussi bien que les grandes donner lieu à de graves hématuries rénales unilatérales ;

3° Il semble qu'au moins dans certains cas, la tension du liquide dans le bassinet à une plus grande action sur la production de ces hématuries que la quantité du liquide contenu ou retenu dans la poche du bassinet ;

4° Dans chaque cas d'hématurie où on ne retrouve aucune lésion ni de tuberculose ni de lithiase, ni de néoplasme on doit faire un cathétérisme et une pyélographie par injection d'un liquide opaque.

Vu : le Président de la thèse,

P. DUVAL

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

